Document Médico-Social de transmission

canton de vaud

Adressé par	A	Le
N° de tél.	N° de Fax.	

Transfert en urgence : ☐oui ☐non

Demande d'admission pour un hébergement : ☐oui ☐non, si oui : ☐long séjour ☐court séjour ☐séjour d'obs.

Les informations contenues dans ce document de transmission sont rédigées uniquement en vue de l'amélioration de la prise en charge du bénéficiaire (intérêt prépondérant). Pour tous compléments d'information se référer **au mode d'emploi.**

1. DONNEES DE BASE	
Nom	
Prénom	
Sexe	
N° AVS	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Nationalité	
Origine	
Etat civil	
Date d'entrée	
Date de sortie	
Filiation maternelle	
Filiation paternelle	
Religion / confession	
Adresse du domicile	
Téléphone du domicile	
Profession	
Nom et prénom du conjoint	
Tél. en urgence chez (nom et tél.)	
Médecin	☐traitant ☐hospitalier ☐autre
Nom(s) et tél.(s) du(es) médecin(s)	
Patient connu du CMS	☐oui ☐non ☐ne sait pas, si oui lequel :

2. DONNEES COMPLEMENTAIRES		
Représentant thérapeutique	☐oui ☐non ☐ne sait pas	
Nom et tél. du représentant		
Directives anticipées	☐en annexe ou déposées auprès de :	
PLAFA	☐oui ☐annexe ☐non ☐démarches en cours ☐ne sait pas	
Dates relatives au PLAFA	de demande :	de décision :
Caisse maladie		
N° assuré		
Caisse accident		
N° assuré		
PC	☐oui ☐non ☐démarches en cours ☐ne sait pas	

Nom et prénom du patient : ………..

API	☐oui ☐non ☐démarches en cours ☐ne sait pas
AI	☐oui ☐non ☐démarches en cours ☐ne sait pas
OCC	☐oui ☐non ☐démarches en cours ☐ne sait pas

3. FAMILLE, ENTOURAGE	
Personne de référence Nom, adresse, tél.	
Liens avec le patient	☐conjoint.e ☐fils/fille ☐autre lien :
Personne(s) vivant avec le patient Nom, adresse, tél.	
Liens avec le patient	☐conjoint.e ☐fils/fille ☐autre lien :
Représentant	☐administratif ☐tuteur ☐curateur ☐conseiller légal ☐démarches en cours
Nom, adresse, tél.	
Liens avec le patient	☐conjoint.e ☐fils/fille ☐autre lien :

4. HABITAT

5. CONTEXTE ET HABITUDES DE VIE

Nom et prénom du patient : ……………………………………………………………………………………………………..

7. BILAN DE SANTE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE AU MOMENT DU TRANSFERT	
Somatique	**Description / Actions entreprises / Résultats**
Respiration	
Alimentation, hydratation	
Elimination (y.c. changement, pose)	☐sondes et stomies
Etat de la peau, plaies, cicatrices	
Coordination, posture, mobilité, etc.	
Chutes	
Addiction	
Autres précisions concernant l'état général	
Psychique	**Description / Actions entreprises / Résultats**
Tristesse	
Anxiété	
Peut être auto-agressif dans les situations suivantes	
Peut être agressif dans les situations suivantes	
Déambule	
Parle, crie ou se lève la nuit	
Tendance à fuguer par désorientation	
Tendance à fuguer volontairement	
Autres, préciser	

8. INTERVENANTS UTILES A LA PRISE EN SOINS DU PATIENT DANS LA SITUATION ACTUELLE	
Nom, fonction, tel. Nom, fonction, tel. Nom, fonction, tel.	

9. PRISE EN CHARGE LE JOUR DU TRANSFERT			
Transfert Transféré avec	☐lunettes ☐appareil dentaire ☐appareil acoustique ☐canne ☐déambulateur ☐chaise roulante ☐autre, préciser :		
Enveloppe de transfert	☐oui ☐non		
Transport effectué par			
Le			
Objet(s) perdu(s) Objet(s) en recherche	☐oui ☐non, si oui le(s)quel(s) : ☐oui ☐non, si oui le(s)quel(s) :		
Motif du transfert / Objectifs de soins/ Projet pour le patient			
Patient en accord avec le transfert	☐oui ☐non		
Traitement en cours et soins à effectuer / Moyens et matériel nécessaires / Surveillance Protocole mesures de contrainte			
en annexe	☐oui ☐non		
Allergies connues	☐oui ☐non, si oui lesquelles :		
Consultations Agendées A prévoir			
Derniers médicaments pris le jour du transfert - Description	**Matin**	**Midi**	**Soir**
Ordonnance en annexe	☐oui ☐non		

Document médical

En annexe ☐oui ☐non

Suit ☐oui ☐non

Envoyé au Dr :

Document finalisé par : Fonction : Timbre :

Le : Validation :